

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 27 novembre 1902, à 1 heure*

Par

**Léopold CAILLERON**

Né à Châtillon-sur-Indre, le 28 octobre 1875.

DE L'HYDROCÈLE

ET DE

L'EMPLOI DU THERMOCAUTÈRE

DANS LA CURE RADICALE DE CETTE AFFECTION

*Président : M. BERGER, professeur.*

*Juges : } MM. SCHWARTZ, professeur.  
          } THIÉRY et AUVRAY, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1902

IIII  
232  
902

**LANE**

**MEDICAL**



**LIBRARY**

**LEVI COOPER LANE FUND**

THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902

THÈSE

N<sup>o</sup>

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 27 novembre 1902, à 1 heure*

Par

Léopold CAILLERON

Né à Châtillon-sur-Indre, le 28 octobre 1875.

DE L'HYDROCÈLE

ET DE

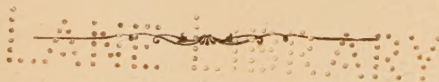
L'EMPLOI DU THERMOCAUTÈRE

DANS LA CURE RADICALE DE CETTE AFFECTION

*Président: M. BERGER, professeur.*

*Juges: } MM. SCHWARTZ, professeur.  
THIÉRY et AUVRAY, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1902

B

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                |              |                  |           |
|----------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-----------|
| <b>Doyen</b>                                                   |              | M. DEBOVE.       |           |
| <b>Professeurs</b>                                             |              | MM.              |           |
| Anatomie.                                                      |              | FARABEUF.        |           |
| Physiologie.                                                   |              | CH. RICHET.      |           |
| Physique médicale.                                             |              | GARIEL.          |           |
| Chimie organique et chimie minérale.                           |              | GAUTIER.         |           |
| Histoire naturelle médicale.                                   |              | BLANCHARD.       |           |
| Pathologie et thérapeutique générales.                         |              | BOUCHARD.        |           |
| Pathologie médicale.                                           | }            | HUTINEL.         |           |
| Pathologie chirurgicale.                                       |              | BRISSAUD.        |           |
| Anatomie pathologique.                                         |              | LANNELONGUE.     |           |
| Histologie.                                                    |              | CORNIL.          |           |
| Opérations et appareils.                                       |              | MATHIAS DUVAL.   |           |
| Pharmacologie et matière médicale.                             |              | BERGER.          |           |
| Thérapeutique.                                                 |              | POUCHET.         |           |
| Hygiène.                                                       |              | GILBERT.         |           |
| Médecine légale.                                               |              | PROUST.          |           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                    |              | BROUARDEL.       |           |
| Pathologie expérimentale et comparée.                          |              | DEJERINE.        |           |
|                                                                |              | CHANTEMESSE.     |           |
| Clinique médicale.                                             | }            | HAYEM.           |           |
|                                                                |              | DIEULAFOY.       |           |
| Maladie des enfants.                                           |              | DEBOVE.          |           |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. |              | LANDOUZY.        |           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.               |              | GRANCHER.        |           |
| Clinique des maladies du système nerveux.                      |              | JOFFROY.         |           |
|                                                                |              | FOURNIER.        |           |
| Clinique chirurgicale.                                         | }            | RAYMOND.         |           |
|                                                                |              | TERRIER.         |           |
| Clinique ophtalmologique.                                      |              | DUPLAY.          |           |
| Clinique des maladies des voies urinaires.                     |              | LE DENTU.        |           |
| Clinique d'accouchements.                                      |              | TILLAUX.         |           |
| Clinique gynécologique.                                        |              | De LAPERSONNE.   |           |
| Clinique chirurgicale infantile.                               |              | GUYON.           |           |
|                                                                |              | BUDIN.           |           |
|                                                                |              | PINARD.          |           |
|                                                                |              | POZZI.           |           |
|                                                                |              | KIRMISSON.       |           |
| <b>Agrégés en exercice.</b>                                    |              |                  |           |
| <b>MM.</b>                                                     |              |                  |           |
| ACHARD                                                         | FAURE        | LEGUEU           | TEISSIER  |
| AUVRAY                                                         | GILLES DE LA | LEPAGE           | THIERY    |
| BESANÇON                                                       | TOURETTE     | MARION           | THIROLOIX |
| BONNAIRE                                                       | GOSSET       | MAUCLAIRE        | THOINOT   |
| BROCA (Aug.)                                                   | GOUGET       | MERY             | VAQUEZ    |
| BROCA (André)                                                  | GUIART       | POTOCKI          | WALLICH   |
| CHASSEVANT                                                     | HARTMANN     | REMY             | WALTHER   |
| CUNEO                                                          | JEANSELME    | RENON            | WIDAL     |
| DEMELIN                                                        | LANGLOIS     | RICHAUD          | WURTZ     |
| DESGREZ                                                        | LAUNOIS      | RIEFFEL (chef    |           |
| DUPRE                                                          | LEGRY        | des trav. anat.) |           |

*Pur délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

P232  
1902

A MES PARENTS

A MON ONCLE

A MES AMIS

2533

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des Hôpitaux  
Membre de l'Académie de Médecine  
Officier de la Légion d'honneur.

Dans ce travail qui termine nos années d'études et que nous avons entrepris sur les conseils de notre maître le docteur Manson, nous nous proposons d'étudier le traitement de l'hydrocèle, par l'excision totale de la vaginale au thermocautère.

Il nous a paru indispensable de rappeler en quelques mots ce qui a été dit sur l'hydrocèle.

Nous exposerons donc les divers traitements de cette affection. Nous développerons ensuite le procédé opératoire préconisé par notre maître. Les avantages de cette méthode ressortiront des quelques cas qu'il nous a été donné d'observer personnellement.

Que nos maîtres dans les hôpitaux reçoivent ici l'expression émue de nos remerciements et de notre reconnaissance.

Nous adressons également à M. le professeur Berger, qui nous a fait l'honneur de présider notre thèse, nos respectueux hommages et nos sentiments de vive gratitude.



# DE L'HYDROCÈLE

ET DE

## L'EMPLOI DU THERMOCAUTÈRE

*DANS LA CURE RADICALE DE CETTE AFFECTION*

---

L'hydrocèle est une tumeur formée par une accumulation de sérosité dans les enveloppes du testicule ou du cordon des vaisseaux spermatiques.

On distingue un certain nombre de variétés de cette affection :

1° L'hydrocèle simple sans lésions apparentes de la séreuse ou du testicule ;

2° L'hydrocèle congénitale ;

3° L'hydrocèle du cordon ;

4° L'hydrocèle enkystée du testicule ;

5° Les hydrocèles symptomatiques.

MM. Peyrot et Milian, dans une communication faite à l'académie de médecine le 5 février 1901, croient que les épanchements d'hydrocèle relèvent souvent d'une

altération primitive de la séreuse sans lésion de l'épididyme et du testicule. Dans l'hydrocèle chronique en particulier, leurs conclusions sont les suivantes :

1° L'hydrocèle est causée par une vaginalite chronique « plaques laiteuses de la vaginale. »

2° Cette vaginalite est primitive et non subordonnée à une lésion testiculaire ou épididymaire.

3° C'est une périviscérite au même titre que les lésions chroniques du péricarde, de la plèvre, du péritoine, avec qui elle coexiste ordinairement.

4° Il en résulte que l'étiologie de l'hydrocèle chronique se confond avec celles de ces périviscérites : la tuberculose paraît ne pas être en cause ici, tandis que l'artério-sclérose, les cardiopathies, le mal de Bright s'observent fréquemment.

Il est vrai, disent les mêmes auteurs, qu'il n'y a probablement pas subordination de l'une aux autres, mais plutôt coexistence, tenant à une cause commune antérieure ; infections générales bénignes ou graves, ayant laissé dans l'ensemble du système séreux des reliquats d'inflammation chronique.

MM. Widal et Ravaut, dans leurs recherches histologiques sur le liquide des hydrocèles, ont trouvé des placards endothéliaux mêlés à des globules rouges et à quelques lymphocytes dans cinq cas d'hydrocèles essentielles.

Dans deux cas ces auteurs ont constaté seulement la présence de quelques cellules endothéliales dissociées, plus ou moins altérées, et, dans un cas, l'absence presque complète d'éléments figurés.

Ces observations sont un argument contre l'origine infectieuse de l'hydrocèle essentielle dont le liquide est stérile, et plaident en faveur d'une origine purement mécanique.

Dans les vaginalites symptomatiques, l'examen histologique du liquide donne un résultat tout autre. Dans l'épanchement d'une vaginalite développée autour d'une orchite blennorrhagique, MM. Widal et Ravaut n'ont guère trouvé que des polynucléaires ; d'autre part, dans l'épanchement d'une vaginalite inflammatoire, avec fausses membranes et suffusion hémorrhagique, ils ont constaté un mélange abondant de polynucléaires et de lymphocytes sans cellules endothéliales.

La clinique montre que l'origine purement mécanique de l'hydrocèle, est assez fréquente. L'hydrocèle est occasionnée par l'irritation de la membrane séreuse du testicule ; elle est souvent le résultat des contusions du scrotum ; l'équitation, par les secousses et les froissements auxquels elle expose, provoque souvent son apparition. Il faut reconnaître cependant qu'elle se manifeste souvent sans traumatisme.

Quand la tunique vaginale communique encore avec la cavité du péritoine, on dit que l'hydrocèle est congénitale. Lorsqu'elle se trouve entièrement séparée d'elle par l'oblitération de son collet, l'hydrocèle est dite *accidentelle*. Cette dernière est de beaucoup plus commune que l'autre.

La tunique vaginale forme chez les sujets adultes une cavité sans ouverture, à la paroi postérieure et

supérieure de laquelle on aperçoit le testicule recouvert lui-même par une portion de la membrane qui se réfléchit sur lui. Lorsque du liquide s'épanche dans cette poche, les parois s'éloignent de toutes parts du centre de la circonférence ; il en résulte que le testicule qui est adhérent en arrière, en dedans et en haut du sac, se trouve naturellement fixé à la partie postérieure, interne et supérieure de la collection ; ses faces latérales, son bord antérieur et ses extrémités sont seuls baignés par le liquide. L'observation montre en effet que c'est le plus ordinairement dans cette situation qu'on trouve le testicule. Ce détail offre surtout de l'intérêt quand on veut traiter l'hydrocèle par la ponction.

L'hydrocèle se présente habituellement sous la forme de tumeur lisse, égale, molle et fluctuante, sans changement de couleur à la peau scrotale qui reste mince et mobile à sa surface.

Née du fond des bourses, et se rapprochant graduellement de l'anneau inguinal, cette tumeur est piriforme, plus large en bas qu'en haut. Sa pesanteur spécifique est à peu près égale à celle de l'eau. Quand on regarde cette tumeur par transparence, par le procédé bien connu, on constate qu'elle laisse passer la lumière excepté à l'endroit que le testicule occupe. Ni le volume, ni la consistance ne varient, soit par les efforts auxquels se livre le malade, soit par les situations diverses du tronc, soit enfin par l'action du froid et de la chaleur sur le scrotum. A mesure qu'elle devient plus volumineuse, l'hydrocèle de la tunique vaginale efface les rides des bourses, attire à elle les téguments de la verge

et présente une fluctuation, d'autant moins sensible que la membrane séreuse éprouve une distension plus considérable. Chez la plupart des sujets la tumeur est indolente, et les pressions exercées sur elle, n'occasionnent aucune sensation pénible. Quelquefois cependant, la collection étant volumineuse, et le testicule éprouvant une forte compression, en même temps que le cordon est tirailé, il arrive que des douleurs habituelles se font sentir et que les plus légers attouchements deviennent insupportables.

A ces symptômes il est ordinairement facile de reconnaître l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Cependant la tumeur est susceptible de présenter des modifications nombreuses. La forme, le volume, la nature du liquide épanché, les états divers du testicule ou de ses enveloppes, les lésions qui compliquent assez souvent l'affection principale, sont des particularités qu'il est bon de connaître.

La tunique vaginale cède quelquefois plus dans certains points que dans d'autres; souvent des bandages herniaires gênent son développement et la portent dans diverses directions.

La forme de la tumeur change, ainsi que la situation du testicule. Lorsque la tunique vaginale est distendue outre mesure et s'éraïlle dans quelques endroits, on la voit former une tumeur bosselée, inégale, qu'en raison de sa dureté, l'on prendrait aisément pour un sarcocèle si sa transparence et sa légèreté n'éclairaient le diagnostic. On trouve souvent à la partie supérieure de la tunique vaginale, une sorte d'appendice digital qui

se prolonge plus ou moins haut dans l'épaisseur du cordon et que le liquide de l'hydrocèle distend. Lorsque l'hydrocèle est parvenue jusqu'à cet appendice, elle semble former une seconde tumeur au-dessus de la première, dont elle est séparée par un rétrécissement plus ou moins marqué. La tunique vaginale dilatée et rapprochée de l'anneau inguinal, agit quelquefois sur cette ouverture, et pénètre à travers le canal inguinal jusque dans l'abdomen où elle se développe de nouveau. Dupuytren est un des premiers chirurgiens qui ait signalé ce genre d'hydrocèle. Chez les sujets qui présentent cette disposition, la maladie pourrait être confondue avec une hernie inguinale, et ce qui contribuerait à rendre ce diagnostic probable, c'est que la tension de la tumeur inférieure augmente à chaque effort du malade, par la compression que supporte la partie abdominale de l'hydrocèle. Mais la transparence de la tumeur, sa légèreté, l'impossibilité de la réduire, quoique l'anneau soit libre et dilaté, enfin l'absence de tous les accidents qui accompagnent les hernies anciennes, telles sont les circonstances qui peuvent mettre le praticien à l'abri d'une erreur, toujours peu dangereuse, puisque l'opération de la hernie appliquée à l'hydrocèle ne saurait avoir de graves inconvénients.

Le volume de la tumeur varie singulièrement suivant les sujets ; il n'est pas rare de trouver des hydrocèles récentes dont le volume est considérable, tandis que d'autres déjà anciennes sont, et restent, fort petites. Ces modifications n'ont aucune influence sur le diagnostic. Il n'en est pas de même de la nature du liquide

épanché. Lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'une vive inflammation de la tunique vaginale, l'hydrocèle ne contient qu'une sérosité citrine, d'une limpidité et d'une transparence parfaites. A la suite des fortes contusions du scrotum, la présence du sang rend le liquide rougeâtre ou même de couleur brune ou noire. Des caillots fibreux, ou une sorte de bouillie semblable à la lie de vin, se rencontrent quelquefois dans la tumeur. Lorsque la tunique vaginale est le siège d'une inflammation chronique ancienne, la matière qui la remplit est ordinairement épaisse, purulente, visqueuse et d'une consistance semblable à celle du miel. Ces altérations, rendent impossible la transparence ; elles réduisent les signes de la maladie à la forme de la tumeur, à la manière dont elle s'est développée et à la fluctuation qu'elle présente.

Les affections dont la tunique vaginale peut être le siège déterminent des résultats analogues.

Ordinairement amincie et pâle, cette membrane devient assez souvent épaisse, fibreuse, et présente à sa face interne, soit des fongosités rougeâtres, soit des ulcères de largeur et de profondeur plus ou moins considérables. On l'a trouvée, chez quelques sujets, de nature fibro-cartilagineuse, ou même parsemée de plaques osseuses, variables dans leur épaisseur et dans leur consistance. Ces altérations de texture ont plus souvent leur siège dans le tissu cellulaire extérieur à la membrane, que dans le feuillet séreux proprement dit ; mais elles rendent la tumeur opaque, solide, non fluctuante, et peuvent jeter sur le diagnostic une impénétrable

obscurité. C'est encore à l'inflammation de la tunique vaginale qu'il faut rapporter l'organisation de ces membranes anormales qui divisent, dans quelques cas, la cavité de l'hydrocèle en un plus ou moins grand nombre de loges, indépendantes les unes des autres, ou communiquant entre elles.

L'hydrocèle de la tunique vaginale peut être compliquée soit d'une hydrocèle enkystée du cordon testiculaire, soit de varicocèle, soit enfin, de hernie inguinale. Dans ce dernier cas, il existe deux collections séreuses qui se rapprochent et peuvent même se confondre; la collection formée dans la tunique vaginale passe au-devant de l'autre et la recouvre. Dans un état avancé de la maladie, après des poussées inflammatoires successives, il est quelquefois difficile de reconnaître les deux collections; mais, en vidant l'une des poches, la seconde apparaît avec tous ses caractères et ne peut plus être méconnue.

L'existence d'un varicocèle médiocre, en même temps que l'hydrocèle remplit la tunique vaginale, est une complication peu importante. La hernie inguinale, descendant de l'abdomen en même temps que l'hydrocèle, se porte vers cette cavité, et glisse presque toujours au-devant de cette dernière; les enveloppes adossées de l'une et de l'autre peuvent se rompre, et les viscères s'étrangler dans l'ouverture de communication. Quand on opère ces hydrocèles compliquées, il va de soi qu'il faut faire la cure de la hernie en même temps.

L'hydrocèle simple n'est point une maladie grave; la cure n'en présentent même ordinairement aucun

difficulté sérieuse. Le volume considérable de la tumeur et la gêne qui en résulte, rendent nécessaire l'opération.

## TRAITEMENT

Le traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale est palliatif ou radical. Le premier est le seul qui convienne chez les sujets faibles et valétudinaires, surtout lorsque la tumeur est très volumineuse. « Il faut oublier, comme l'a dit Sabatier, qu'il existe des procédés au moyen desquels on peut obtenir la cure radicale ». Le traitement palliatif consiste à vider l'hydrocèle, toutes les fois qu'elle se reproduit, au moyen d'une ponction faite avec le trocart. Nous n'insisterons pas sur un traitement aussi simple et décrit depuis longtemps. Nous devons toutefois signaler que M. le professeur Dieulafoy a publié un certain nombre d'observations où la guérison de l'hydrocèle fut obtenue par évacuation simple (1). C'était, du reste, l'opération la plus anciennement conseillée.

La guérison radicale de l'hydrocèle remonte également à une époque lointaine. Deux méthodes principales ont été mises en usage pour déterminer cette guérison ; suivant l'une, on excise la membrane qui est le siège de la maladie ; l'autre a pour objet de provo-

1 Dieulafoy. *Traité de l'aspiration des liquides morbides.*

quer l'adhérence de cette membrane au testicule et d'oblitérer ainsi sa cavité.

Nous empruntons au *Dictionnaire des Sciences médicales* les renseignements curieux qui vont suivre :

« Décrite avec exactitude par Celse, Albucasis et  
« Fallope; remise en usage par Saviard, et, adoptée  
« par Douglas, l'excision de la tunique vaginale est  
« une opération fort ancienne. Pour l'exécuter, le ma-  
« lade étant couché sur le bord droit de son lit, la tête  
« inclinée sur la poitrine, les jambes et les cuisses  
« écartées et à demi-fléchies, de telle sorte que l'on pût  
« aisément saisir le scrotum et placer sous lui les vases  
« dans lesquels la sérosité doit s'écouler, on incise la  
« peau du scrotum dans toute l'étendue de la tumeur,  
« et, si cette dernière est considérable, on forme, au  
« devant d'elle, un lambeau elliptique, assez étendu  
« pour que, l'incision étant achevée, il ne reste plus une  
« trop grande quantité de téguments. Ceux-ci sont en-  
« suite détachés latéralement jusqu'au testicule, ou  
« plutôt en les tirant en arrière, avec la main qui a  
« saisi la tumeur, celle-ci fait saillie à travers la plaie  
« et paraît au dehors.

« La tunique vaginale est ensuite ouverte, et les par-  
« ties libres sont réséquées près de l'endroit où elles  
« se contournent sur le testicule. L'opération achevée,  
« cet organe, s'il avait été entièrement détaché en ar-  
« rière, doit être replacé au fond du scrotum ; les bords  
« de la plaie sont rapprochés et recouverts d'un linge  
« fenêtré, enduit de styrax, par dessus lequel on place  
« quelques plumasseaux de charpie ; des compresses

« trempées dans une liqueur émolliente, et un « *sus-  
« pensoir* » fait avec une longue pièce de linge, dont  
« les extrémités sont fixées à un bandage de corps, com-  
« plètent l'appareil, qu'il ne faut lever que le troisième  
« jour. La première partie de l'opération doit être exé-  
« cutée avec un bistouri convexe sur le tranchant ; des  
« ciseaux bien évidés servent ensuite à faire la résection  
« de la tunique vaginale ; les vaisseaux doivent être liés  
« à mesure qu'on les divise, et les fils sont réunis, enfin,  
« à l'angle inférieur de la plaie.

« Cette opération est longue, douloureuse, et suivie  
« d'une violente inflammation du testicule et du scrotum.  
« Quoiqu'elle semble mettre constamment à l'abri de la  
« récurrence, Boyer a vu cependant la maladie se repro-  
« duire une fois sur six des cas où il a cru devoir la  
« pratiquer. Aussi l'excision est-elle généralement reje-  
« tée de la pratique, et les chirurgiens instruits n'y ont  
« recours que quand la tunique vaginale est épaissie,  
« fibreuse, désorganisée et incapable de revenir sur elle-  
« même pour se réunir au testicule.

« L'incision décrite par Celse et Paul d'Egine, con-  
« siste à fendre, d'un seul coup de bistouri, toute la  
« longueur de l'hydrocèle. Le liquide s'écoule et le tes-  
« ticule apparaît. « On panse la plaie au moyen de  
« plumasseaux de charpie que l'on place sur les côtés  
« du testicule, de manière à garnir toute la cavité de  
« la tumeur. D'autres fois on entoure cet organe de linges  
« doux et fins qui le séparent de la tunique vaginale.  
« Les pansements consécutifs ont pour objet essentiel  
« de maintenir cette membrane ouverte jusqu'à ce que

« des bourgeons cellulux et vasculaires, nés de tous  
« les points de sa surface, l'aient complètement oblitée  
« rée en la réunissant au testicule. »

« Cette opération est loin de procurer des succès assurés; des portions de la cavité séreuse persistent, souvent  
« le liquide se reproduit. Les adhérences encore faibles  
« et mal organisées de la tunique vaginale au testicule se  
« rompent. L'inflammation qui survient n'est pas moins  
« vive qu'à la suite de l'excision. Monro a observé que,  
« par suite de la rétraction des téguments et de la membrane séreuse en arrière, le testicule restait parfois au  
« dehors. L'incision fut avec juste raison généralement  
« proscrite ».

La cautérisation consistait à appliquer une trainée de potasse caustique sur la partie moyenne et antérieure de l'hydrocèle. C'est un procédé fort ancien attribué à Gui de Chauliac et analogue à celui de l'incision, pour le résultat. Douze, vingt-quatre ou trente-six heures après l'opération, des douleurs se faisaient sentir dans le scrotum, les reins et le ventre; la tumeur devenait dure et tendue, mais les téguments restaient dans leur état ordinaire, la tunique vaginale était le siège exclusif de l'irritation.

On observait de la fièvre, quelquefois des vomissements.

L'escharre formée, commençait à se détacher, et l'ouverture de la tunique vaginale avait lieu. Après la sortie du liquide, les parties se rapprochaient et l'oblitération de la tunique vaginale se produisait.

Quelques chirurgiens remplacèrent la potasse caus-

tique, particulièrement chez les enfants, par des frottements, exercés avec un morceau de nitrate d'argent fondu, sur la peau préalablement humectée, et continués jusqu'à la formation d'une eschare assez profonde. Les anciens et les chirurgiens du moyen âge, se servaient du cautère actuel.

Les corps étrangers solides, introduits dans la poche de l'hydrocèle, afin d'y déterminer une violente inflammation, constituent un procédé qui fut souvent employé. On cite :

1° Le séton, indiqué par Galien, décrit par Gui de Chauliac, recommandé par Pott.

2° La tente, déjà connue des Arabes, et, à laquelle Fabrice d'Aquapendente, Moïnichen et Monro substituèrent, soit la canule du « trois-quarts », soit une autre canule d'argent.

3° La canule de gomme élastique, préconisée par Larrey.

Tous les corps étrangers placés à demeure dans la cavité de l'hydrocèle, provoquaient une réaction très intense. Cependant, leur action irritante ne s'étendait pas à toute l'enveloppe séreuse du testicule ; il en résultait une insuffisance de traitement et la récidive de la maladie.

Un procédé fort simple, préconisé en Angleterre, et, devenu ensuite l'objet de vives discussions, est l'injection, dans la cavité de l'hydrocèle, d'une liqueur susceptible d'enflammer les parois et de les faire adhérer entre elles. L'alcool, le vin, la dissolution de potasse, ont été employés avec des succès variés.

« Dupuytren faisait ordinairement, après la ponction  
« de la tumeur et l'évacuation du liquide, trois injections  
« successives de gros vin de Roussillon dans lequel on  
« avait fait bouillir, deux onces de roses rouges, par  
« pinte. Chaque fois il laissait séjourner le liquide  
« environ trois minutes dans la tunique vaginale. Dans  
« ce procédé, il survenait après l'injection, des douleurs  
« plus ou moins violentes ; le scrotum, était recouvert de  
« compresses trempées dans le vin et renfermées dans un  
« suspensoir ; au bout de trois ou quatre jours apparaîs-  
« sait un gonflement inflammatoire avec production de  
« sérosité sanguinolente dans la tunique vaginale et  
« œdème du tissu cellulaire des bourses ; on appliquait  
« des cataplasmes émollients, la tuméfaction se dissipait  
« vers le dixième ou le douzième jour et la guérison du  
« malade était assurée ».

Plus près de nous, un certain nombre de chirurgiens ont fait revivre ce procédé :

Sabatier, en 1815, emploie les substances les plus variées comme injection modificatrice.

Martin, de Calcutta, par l'usage de la teinture d'iode, remporta le plus de suffrages.

Velpeau introduisit cette méthode en France. M. le professeur Duplay conseille l'emploi de la teinture d'iode pure et fraîchement préparée. Quelques chirurgiens emploient la teinture d'iode iodurée à des titres différents ; d'autres font usage de cette même teinture mitigée par moitié ou par quart d'eau distillée.

On préconisait beaucoup ce procédé, grâce à sa simplicité et à la facilité avec laquelle on pouvait y recou-

rir en cas d'insuccès une première fois. C'est encore le procédé de choix pour beaucoup de médecins. Mais, il ne faut pas oublier les divers accidents qu'il a entraînés : piqûres du testicule, orchite, vaginalite, iodisme, récidives, introduction du liquide irritant dans le tissu cellulaire des bourses. Boyer affirmait que ce dernier accident était très dangereux ; il ne faut rien exagérer : une incision étendue et profonde, des pansements humides enrayent le développement de l'irritation ; souvent même l'expectation suffit.

Autrefois, la ponction était préférée parcequ'elle offrait moins de chances d'infection que la résection, mais les exemples ne sont pourtant pas rares de septicémies graves survenues après cette intervention.

Il a fallu de nombreuses années pour que les chirurgiens, épouvantés par les terribles insuccès de la méthode sanglante, osassent reprendre le bistouri.

Grâce à l'antisepsie Volkmann peut, en 1873, employer la méthode suivante avec succès. Nous décrirons son procédé opératoire qui a servi de modèle à la plupart des chirurgiens.

Le malade placé dans le décubitus dorsal est soumis à l'anesthésie chloroformique.

Le scrotum est rasé, lavé, brossé à la solution phéniquée et même râclé, pour enlever toute matière en voie de décomposition à sa surface.

Ces soins antiseptiques étant pris, Volkmann, pratique l'incision de la tumeur, couche par couche, sur une longueur de « trois à quatre pouces », puis, il ponc-

tionne à l'aide du bistouri et produit ainsi l'évacuation de l'épanchement.

La cavité est alors lavée avec une solution phéniquée à 3 0/0 et, à l'aide de soie très fine il est fait quelques points pour refermer la séréuse.

Les vaisseaux sont liés au catgut.

La vaginale est ensuite reliée au scrotum par quelques points de suture. On place un drain, ou simplement on fait compression pour faire adhérer les deux feuillets de la vaginale.

Un pansement large et antiseptique est fait, et, l'on termine par un double spica qui protège la plaie.

La durée de l'opération et du pansement ne dure pas une demi-heure (1).

Grâce à sa simplicité et à ses beaux résultats ce procédé fut vite adopté.

Dans tous les pays, ce furent des publications de nombreux cas avec succès. J. Lucas-Championnière le décrit et le fait rentrer en France (1). On fit bien quelques modifications, mais elles ne portèrent que sur la longueur de l'incision, sur le drainage, la cautérisation.

Reverdin, adopte la méthode de Volkmann, mais il recommande une contre-ouverture dans la partie la plus déclive du scrotum pour passer les tubes de drainage de la vaginale. Il procède même à la résection partielle de la vaginale dans les hydrocèles volumineu-

1. Thèse Gouffier, Paris 1898.

2. *Chirurgie antiseptique* (1880).

ses et racle à la curette si la vaginale est malade.

Julliard (1884), apporte dans sa méthode une importante modification. Voici comment d'ailleurs il décrit le trait caractéristique de son opération. « La toilette de la cavité étant faite, je resèque de la vaginale ce qui est nécessaire, pour que ce qui en reste suffise à recouvrir le testicule et le cordon, d'où adossement complet et hermétique du feuillet pariétal avec le feuillet viscéral sur lequel il est appliqué et tendu sans pli ».

Augagneur prend comme limites de la section vaginale, les lèvres rétractées de la longue incision qu'il a faite. Il draine la cavité et établit un capitonnage de la séreuse avec des fils métalliques maintenus par des plaques de plomb.

Von Bergmann (1884) extirpe le plus possible le feuillet pariétal de la séreuse qu'il résèque jusqu'au testicule et l'épididyme, évitant le canal déférent. Il y a suppression de la cavité vaginale.

Il termine par une hémostase attentionnée et un drainage. Les drains sont laissés trois jours en place.

Nicaise apporte une distinction dans cette méthode opératoire. Il ne fait porter l'excision que sur la tunique séreuse, en respectant la fibreuse sous-jacente. Pour cela, il décolle, en la soulevant avec une pince, la vaginale de la fibreuse par une simple traction ou par pression des doigts et resèque la séreuse en conservant juste ce qu'il lui faut pour que le testicule en soit recouvert. Il comprend la fibreuse dans sa suture superficielle et termine par un drainage.

Nicaise appuie son procédé sur deux arguments anatomiques :

« 1° La fibreuse a pour usage, non seulement de soutenir le testicule, mais aussi de relier entre elles les parties qui concourent à former le cordon spermatique, d'où le danger en l'excisant, de blesser ces vaisseaux et de s'exposer à la mortification consécutive des tissus ».

« 2° La fibreuse renferme, à sa partie externe surtout, de nombreux vaisseaux qui augmentent de volume lorsque la tunique s'hypertrophie et qui donnent alors une vascularisation telle, qu'elle a pu servir à distinguer cette membrane du sac péritonéal sur lequel il n'y a pas de vaisseaux semblables ».

Cette précaution de décoller les deux enveloppes, permet d'éviter la déchirure des vaisseaux qui rampent sur la face extérieure de la fibreuse et assure « une opération à blanc ».

M. le D<sup>r</sup> Routier, extirpe, comme Bergmann, autant que faire se peut le feuillet pariétal de la tunique vaginale. Voici d'ailleurs son procédé que nous empruntons à la thèse d'un de ses élèves M. le D<sup>r</sup> Gouffier (1).

Après antisepsie rigoureuse et anesthésie du malade, on pratique sur la paroi antérieure des bourses une incision d'environ trois centimètres, comprenant les différentes enveloppes jusqu'à la vaginale.

On sépare cette dernière des autres tuniques qui la recouvrent en la décollant. Puis, et seulement alors, par une incision de même longueur que la section

1. Thèse Paris 1898. *De la cure radicale de l'hydrocèle.*

cutanée on fait écouler le liquide. L'inspection des divers organes est pratiquée.

Nous arrivons au temps délicat de l'opération : résection de tout le feuillet pariétal de la séreuse, en la dépliant devant le jour, ou une lumière, pour éviter de blesser quelque organe important tout en rasant l'épididyme et le cordon. Il se produit, à ce moment, une hémorrhagie qui nécessite toujours la ligature au catgut de quelques vaisseaux. L'hémostase devra donc être très soignée, pour éviter les hématomes. Après lavage on pratique la fermeture de l'incision du scrotum et des téguments par quelques crins de Florence et l'opération est terminée par un pansement à la gaze iodoformée entourée d'un double spica.

M. le Dr Brault, d'Alger, dans une communication à la Société de chirurgie le 7 mars 1894 a préconisé la méthode suivante en cinq temps.

1<sup>o</sup> Section couche par couche de toutes les tuniques y compris la vaginale ;

2<sup>o</sup> Décortication de la vaginale ;

3<sup>o</sup> Résection aux ciseaux de la vaginale aux confins de l'épididyme et du cordon ;

4<sup>o</sup> Essuyer la tranche au thermocautère ;

5<sup>o</sup> Reconstitution d'une loge pour le testicule à l'aide de la fibro-crémastérienne.

Ce procédé a également donné de très bons résultats.

En thérapeutique aussi bien chirurgicale que médicale, il ne faut pas être exclusiviste. Les procédés que nous avons rappelés ont tous leurs avantages s'ils présentent des inconvénients. La ponction simple, ayant amené des guérisons, nous ne pouvons pas la rejeter entièrement. Chez le vieillard particulièrement, chez les individus très affaiblis, elle peut rendre des services.

La ponction, suivie d'injection de liquide modificateur, a donné plus de succès, c'est certain ; ses partisans, à qui l'on reprochait surtout la violente douleur qu'elle provoque, ont pu répondre : avec la cocaïne plus de souffrances. Les accidents cocaïniques qui ont été signalés, sont assez nombreux pour montrer que la méthode est loin d'être sans danger. On cite également beaucoup de récidives ; ce n'est donc pas un procédé radical.

On peut en dire autant de l'incision suivie de drainage. Le séton de Guy de Chauliac et de Pott, la tente connue des Arabes, la canule de gomme élastique de Larrey, sont des variantes de ce procédé, modernisé par l'antisepsie.

L'excision au bistouri est une opération vraiment chirurgicale. Avec l'antisepsie, également, on n'a pas à redouter les graves complications observées au siècle dernier. Cependant, cette opération sanglante nécessite la présence de plusieurs aides ; elle exige l'emploi de fils perdus ; elle est d'une durée relativement longue, toutes causes possibles d'infection.

Bergmann avait donné toute la perfection désirable à sa méthode de cure radicale. Il a, non pas comme Reverdin et Julliard, reséqué une partie de la vaginale en n'en conservant que la quantité nécessaire pour recouvrir le testicule, mais enlevé la vaginale, tout entière jusqu'aux confins de l'épididyme. On peut toutefois adresser quelques reproches à cette technique.

Quand la vaginale est bien disséquée, aussi mince que possible, et séparée des éléments du cordon, on la sectionne avec des ciseaux au ras du testicule, mais toute la surface de section suinte sans qu'on puisse arrêter cette hémorrhagie par compression. Si l'on pratique la réunion, sans s'en inquiéter, on s'expose en renfermant le scrotum à avoir un hématome considérable : d'où obligation forcée de faire sauter les points de suture pour lui donner issue. On peut avoir ainsi une infection secondaire ou tout au moins une réunion et une guérison plus tardives.

Si d'autre part, pour éviter cet hématome, on draine sans suturer la vaginale, l'hémorrhagie n'en existe pas moins ; elle peut persister sans que la compression même du pansement ne l'arrête, ce qui peut avoir

encore une certaine gravité. Tout au moins a-t-elle l'inconvénient de forcer le chirurgien à changer le pansement le lendemain de l'opération, d'où nouveau risque d'une infection secondaire par le trajet du drain.

Le mieux serait donc de faire au catgut quelques points sur les bords cruentés de la vaginale, pour obtenir l'hémostase.

Ces sutures sont prudentes ; mais, comme nous le disions plus haut, elles compliquent l'opération, la prolongent et par conséquent peuvent être la source d'infections.

Voilà pourquoi notre maître, le docteur Manson, a eu l'idée d'exciser la vaginale par le thermocautère ce qui supprime, les aides, les fils perdus, abrège la durée de l'opération et donne une sécurité pour ainsi dire absolue au point de vue opératoire.

Nous nous sommes appuyé sur des faits acquis par l'expérience. On peut en effet abandonner dans la cavité péritonéale des pédicules cautérisés au thermocautère, des ovaires traités par l'ignipuncture, sans le moindre inconvénient. L'eschare, est aseptique, dans un milieu aseptique bien entendu, et ne donne lieu qu'à une réaction négligeable. Nous employons donc le thermocautère pour faire la résection de la vaginale.

M. le D<sup>r</sup> Brault s'était déjà servi, comme nous l'avons dit précédemment, du thermocautère pour *essuyer* la tranche vaginale déjà réséquée avec les ciseaux.

Nous avons supprimé ce temps de l'opération et nous réséquons directement la vaginale avec le thermocautère.

Nous allons donc décrire le mode opératoire tel que nous l'avons employé.

Le malade, sous chloroforme est placé dans le décubitus dorsal.

Le scrotum et les régions avoisinantes sont rasés et, comme dans toute intervention chirurgicale, brossés au savon. Puis frictions au permanganate de potasse, au bisulfite de soude pour décolorer, à l'alcool, à l'éther pour décaper et enfin lavage avec une solution de sublimé à 1/1000°.

Alors, ayant entouré la verge de compresses stérilisées, nous pratiquons, sur la paroi antérieure de la tumeur, une incision verticale de 6 à 8 centimètres. Nous incisons les diverses couches jusqu'à la vaginale, reconnaissable à sa coloration bleuâtre due à la distension par le liquide. Des pinces sont posées sur les vaisseaux de la peau. Nous séparons, avant d'en faire la ponction, avec le doigt, quelquefois avec les ciseaux, la tumeur qui s'énucleée très facilement et sort du scrotum. Si par hasard on ouvrait la vaginale, la dissection devrait en être complètement terminée ; mais il sera bien plus facile de faire cette séparation de la vaginale des couches qui la recouvrent et des éléments du cordon si l'on n'a pas donné un coup de bistouri, ou de ciseaux, malheureux dans cette mince pellicule tendue et prête à se rompre.

Cette séparation faite, on ouvre la vaginale ; le liquide s'écoule, nous inspectons la glande, et, s'il n'y a rien d'anormal, nous faisons tendre par l'assistant la vaginale qui flotte. Avec le thermocautère chauffé au

rouge sombre nous excisons alors toute cette tunique sans qu'il s'écoule une goutte de sang.

Le testicule privé de toute vaginale pariétale est rentré dans le scrotum après avoir été essuyé avec une compresse stérilisée, humectée d'eau oxygénée. Pas de drains, mais au lieu de faire un seul plan de sutures superficielles au crin, il est préférable de faire d'abord un premier plan, composé de quatre ou cinq fils séparés, au catgut et comprenant les diverses couches (crémaster, fibreuse commune, etc..), situés entre la peau et le testicule. On arrête de cette façon le suintement de vaisseaux, quelquefois assez volumineux, et que l'incision verticale a ouverts. Cela permet aussi de ne faire au scrotum que des sutures superficielles ce qui a son utilité. En effet, lorsque l'on fait des sutures profondes du scrotum, on obtient un mauvais affrontement des bords de la plaie par suite du recroquevillement souvent difficile à éviter. Les fils profonds ont également l'inconvénient de couper rapidement la peau scrotale, tandis que les sutures superficielles peu serrées, ne la coupent pas et permettent de laisser le pansement en place pendant huit jours.

Les sutures terminées, on recouvre la plaie d'une ou deux compresses stérilisées, sèches, d'une bonne épaisseur de coton hydrophile, de taffetas-chiffon imperméable pour garantir contre l'urine, et l'on maintient le pansement suffisamment serré à l'aide d'un double spica de l'aîne.

Il ne se produit, à la suite de cette opération, aucune réaction locale, aucun gonflement de l'épididyme, ni du

scrotum, aucun hématome. La douleur post-opératoire est nulle. Au bout de huit jours, la moitié des fils superficiels est enlevée ; le dixième jour on enlève les autres. Après douze jours, à dater de l'opération, les malades se lèvent et peuvent reprendre leurs occupations. Pendant trois semaines le port d'un suspensoir est conseillé.

M. le Dr Manson a appliqué ce procédé, avec le même succès, dans douze cas. Une fois, il s'agissait d'une hydrocèle avec tunique vaginale à parois épaisses, véritable pachyvaginalite chronique. L'excision au thermocautère, fut aussi simple, et le résultat excellent.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

M. X..., manoeuvre, âgé de 46 ans, vient à la consultation le 6 octobre 1901.

Ce malade s'est aperçu de sa tumeur en juillet 1901, c'est une hydrocèle gauche assez volumineuse.

L'opération est faite le 9 octobre à dix heures du matin.

Antisepsie rigoureuse. Anesthésie chloroformique.

L'incision de la séreuse donne issue à 200 grammes environ d'un liquide clair, citrin.

La résection de la séreuse est faite au thermocautère en rasant l'épididyme et le cordon. Pas de ligatures de vaisseaux ; la tranche ne saigne pas ; le testicule sain est essuyé avec une compresse stérilisée imbibée d'eau oxygénée et rentré dans le scrotum.

Suture sans drainage.

Pansement à l'aide de compresses stérilisées recouvertes d'un taffetas protecteur.

Pas de vomissements chloroformiques.

Température le 9 octobre au soir, 37°6

» le 10 » matin, 37°

» » soir, 37°5

Le 11 et le 12 octobre, température normale.

Le 13 octobre au matin, température 37°7

»                    soir,                    »                    38°4.

Le 14 octobre, on enlève le pansement. L'état de la plaie est aussi satisfaisant que possible : il n'existe pas d'œdème du scrotum, le testicule n'est pas douloureux.

Le malade a un peu de bronchite ce qui explique sa température.

Le pansement nouveau est maintenu jusqu'au huitième jour, c'est-à-dire le 17 octobre, où la moitié des fils est enlevée. Le malade reste un peu de temps à cause de sa bronchite, mais est guéri de son hydrocèle le douzième jour.

## OBSERVATION II

M. X..., voyageur, 47 ans.

Se présente à la consultation le 7 décembre 1901 avec une hydrocèle gauche. En avril 1901, ce malade se fit faire une ponction suivie d'injection iodée. Six mois après la tumeur avait reparu. L'opération est décidée et a lieu le 10 décembre suivant.

Antisepsie rigoureuse. Anesthésie chloroformique.

L'incision de la tumeur laisse échapper 150 grammes environ d'un liquide légèrement brunâtre.

La résection de la vaginale est faite au thermocautère et le reste de l'opération se fait en suivant la technique que nous avons indiquée.

Dans la journée, le malade a des vomissements, mais ces

vomissements qui avaient commencé pendant l'anesthésie sont dus au chloroforme.

Température le 10 décembre au soir 38°,1 pas de douleurs.

Le 11 décembre. — Température, matin 37°,3 soir 37°,6.

Le 12. — Température, matin 36°,9, soir 37°,2.

Le 13. — On regarde par précaution le pansement, bien que la température soit normale. On n'observe aucun suintement. La compresse n'est pas changée et l'on referme en faisant toujours un peu de compression.

Le 15. — Le malade se lève sans éprouver de douleurs.

Le 18. — Les fils sont enlevés en une seule fois, et le malade rentre chez lui le 22 décembre après un dernier pansement, sans aucune trace d'œdème, sans aucune sensibilité locale.

### OBSERVATION III

M. X..., 39 ans, propriétaire.

Hydrocèle gauche ayant débuté en novembre 1901, à la suite d'un coup. Ce malade nous est envoyé par son médecin le 30 janvier 1902. L'opération a lieu le vendredi 31 janvier, sous le chloroforme.

A l'incision, un liquide clair citrin s'écoule. Nous en recueillons 200 grammes environ.

La tunique vaginale est un peu épaissie, le testicule est petit, sain, mou.

La vaginale est réséquée, toujours au thermocautère, en rasant l'épididyme et le cordon.

Sutures et pansement sans drainage

Dans la journée, ce malade eut aussi des vomissements causés par le chloroforme.

Douleur locale, insignifiante.

Le 31 janvier. — Température du soir, 37°,4.

1<sup>er</sup> février. — Température, matin 37°,1, soir 37°,3.

2 février. — Température, matin 36°,8, soir 37°,2.

Le 3 et le 4. — Température normale, pas de douleurs.

Le 4 on change la compresse qui n'est imprégnée d'aucun liquide ; la plaie est très belle.

Le huitième jour, enlèvement des fils et le onzième, départ du malade.

#### OBSERVATION IV

M. X..., menuisier, 66 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Ce malade vient à l'hôpital le 21 avril 1902 pour une hydrocèle gauche ayant débuté sans cause apparente, sans traumatisme en janvier.

Le 22 avril. — L'opération a lieu sous chloroforme.

On retire 200 grammes environ de liqueur séreuse, de couleur citrine, de consistance un peu sirupeuse. Le testicule paraît sain.

La résection totale de la vaginale a lieu au thermocautère.

La suture est faite sur deux plans comme il a été indiqué. Toujours même pansement.

Les suites ne furent pas tout à fait normales.

Le 22 avril. — La température du soir est de 37°,2.

Le 23 avril. — Elle est le matin de 36°,9, le soir de 37°,3.

Les jours suivants aucune élévation de température n'est constatée jusqu'au 26.

En notre absence, une infirmière avait fait le pansement d'une façon peu chirurgicale.

Trois jours après deux fils superficiels donnaient de la suppuration, au moment où l'on se proposait de les enlever ; le malade accusait quelques picotements : La plaie se ferma secondairement sans autre complication qu'un peu d'œdème du scrotum avec légère traînée de lymphangite.

## OBSERVATION V

M. X..., rentier, 38 ans.

Ce malade présente une tumeur volumineuse et peu transparente du côté gauche.

Il s'agit d'une hydrocèle remontant à une dizaine d'années. Le malade se souvient avoir reçu un coup de genou dans les bourses. L'épanchement survint progressivement, son volume seul, décida le malade à se faire opérer. En janvier 1902 une ponction fut faite et l'on injecta, déclare le malade, de la teinture d'iode iodurée.

Pendant quatre mois il y eut un semblant de guérison. Mais le 18 mai 1902, il nous était donné de constater une belle récurrence. La cure radicale fut faite par notre procédé, le lendemain.

On retire 200 grammes environ d'un liquide clair. La tunique vaginale est épaissie. Deux plans de sutures, après résection de la vaginale. Pansement sec.

Le soir de l'opération la température est de 37°,7.

Le 20 mai. — La température est le matin de 36°,8, le soir de 37°,4.

Le 21 et les jours suivants pas de fièvre.

On refait le pansement le 22 ; aucune infiltration, mais le malade se plaint de quelques élancements douloureux dans le testicule. A la pression nous ne constatons cependant aucune sensibilité exagérée.

Le 27 mai. — Enlèvement des fils et le malade quitte l'hôpital le neuvième jour, complètement guéri.

## OBSERVATION VI

M. X..., épicier, 41 ans.

Vient nous consulter pour une hydrocèle gauche dont le début remonte à avril 1902. Cette tumeur s'est développée assez rapidement. Le malade n'a pas voulu suivre le conseil de son médecin qui voulait lui faire une ponction.

L'opération, décidée, est pratiquée le 8 juin 1902 sous chloroforme et par notre procédé.

On retire environ 250 grammes de liquide clair. La tunique vaginale est un peu épaissie.

Le testicule présente deux petits kystes qui sont enlevés par la torsion. On essuie ensuite cet organe avec une compresse stérilisée imbibée d'eau oxygénée.

Deux plans de sutures après résection de la vaginale et pansement sec.

Le soir de l'opération la température est de 38°,1.

Le 9 juin. — La température est le matin de 36°,9 le soir de 37°,6.

Le 10 juin. — La température est le matin de 36°,9, le soir, de 37°,4.

Le 11. — Température normale.

Le 12. — Le pansement est découvert ; la plaie est belle et ne présente aucune trace de suppuration, le testicule est un peu douloureux, le scrotum un peu œdématié.

Pas d'hémorrhagie.

Le 16. — Les fils sont enlevés. Le testicule est sensible mais peu ; l'œdème du scrotum à presque disparu.

Le malade part le 19 juin, onze jours après son opération.

## OBSERVATION VII

M. X.... 39 ans, rentier.

Ce malade est opéré d'une hydrocèle droite, dont le début remontait à un an environ, à la suite d'une chute, le 16 juillet 1902.

L'anesthésie chloroformique est pratiquée et le malade est opéré suivant notre procédé.

On retire environ 200 grammes d'un liquide clair. La tunique vaginale est peu épaisse. Le testicule est sain.

Deux plans de sutures après résection de la vaginale et pansement sec.

Le 16 juillet. — Au soir, la température est de 37°,5.

Le 17 juillet. — La température le matin est de 37°,1, le soir de 37°,4.

Les deux jours suivants, température normale.

Le 20. — Premier pansement : aucune trace de suppuration, mais le testicule est un peu douloureux.

Les fils sont enlevés d'un seul bloc le neuvième jour après l'opération. Le malade est parti le lendemain.

Le scrotum ne présentait pas d'œdème et avait repris son aspect normal.

Les sept observations que nous venons de citer sont celles qu'il nous fut permis de prendre personnellement. Nous avons assisté à l'opération de ces malades et nous avons pu les suivre pendant quelque temps.

Les cinq autres malades ont été observés par M. le Dr Manson lui-même et opérés en ville. Il ne nous fut pas possible d'assister notre maître.

## CONCLUSIONS

Le traitement chirurgical de l'hydrocèle par résection totale de la vaginale, est actuellement, à notre avis, le traitement rationnel et vraiment curatif. On ne peut le ranger, il est vrai, parmi les opérations de petite chirurgie. C'est là, surtout, la raison qui fera conserver longtemps encore le procédé douloureux, aveugle, et qui offre des récidives, de la ponction suivie d'injection irritante.

La résection de la vaginale, à l'aide du thermocautère, nous a paru simplifier heureusement les méthodes de traitement chirurgical que d'autres auteurs avaient décrites avant nous.

---

Vu : le président de la thèse.

BERGER

Vu : le doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :  
le vice-recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

- BRAULT D'ALGER. — Archives de médecine et pharmacie militaires, juillet 1893.
- BONNEVILLE. — Thèse de Paris, 1891.
- BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (Février 1901).
- BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (29 décembre 1900).
- BULLETIN MÉDICAL. — N° du 5 novembre.
- J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Chirurgie antiseptique, 1880.
- DIEULAFOY. — Traité de l'aspiration des liquides morbides.
- DICIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.
- GOUFFIER. — Thèse de Paris, 1898.
- GAZETTE DES HOPITAUX. — 1888 et 1893.
- JACCOUD. — Dictionnaire.
- LABADIE. — Thèse Bordeaux, 1884.
- CH. MONOD ET O. TERILLON. — Traité des maladies du testicule, Paris 1889.
- MENCIÈRE. — Archives cliniques de Bordeaux, 1897.
- NIMIER. — Thèse de Paris, 1886.
- OREILLARD. — Gazette médicale, 1894.
- RECLUS ET DUPLAY. — Traité de chirurgie.
- RECLUS. — Société de chirurgie, 1886. N. S. XII.

RECLUS. — Cliniques de chirurgie de la Pitié, 1894.

ROUTIER. — Revue de chirurgie, 1887, VII.

— Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1898.

SARROT. — Thèse de Paris, 1895.

SEBILEAU. — Gazette médicale, 1897.







PAT. JAN. 21, 1908

To avoid fine, this book should be returned on  
or before the date last stamped below.

DATE DUE

